

Sherban Spine Institute

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____

Teléfono: _____ dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

SIN CULPA

Comprenda que sin la mayoría de la información anterior, se le puede facturar a usted o a su seguro de reserva en lugar de la información faltante sobre su reclamación SIN FALTA. Cuanta más información tengamos, más tiempo podremos procesar las solicitudes.

INFORMACION DE SEGURO DE AUTO *(para el vehículo en el que se encontraba en el momento del accidente)*

Nombre y dirección de la compañía de seguros: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el titular de la política: _____

Número de póliza: _____ Numero de reclamo: _____

INFORMACION DEL ABOGADO

Nombre del Abogado: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN ACCIDENTE / INFORMACIÓN SOBRE SU DOLOR

Fecha de accidente: _____ Tipo de lesión: Accidente de vehículo motorizado Resbalar y caer Algo más

Usted fue el: Conductor Pasajero Estaba usando el cinturón de seguridad? Si no

Descripción del accidente / lesión: _____

Recibiste tratamiento después del accidente? Si No **Dónde?** _____

Si no, cuándo fue la primera vez que buscó tratamiento médico? _____

Has tenido alguna lesión previa? *(debido a un accidente automovilístico o resbalones y caídas)* Si No

En caso afirmativo, describa: _____

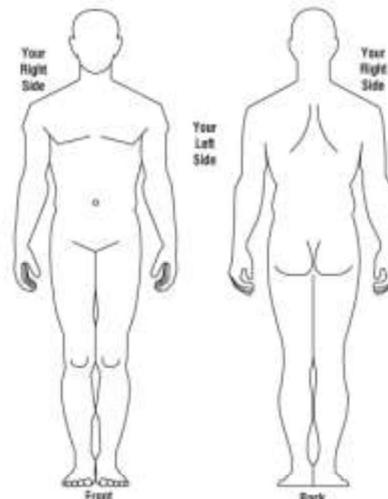
Desde el inicio de tu dolor, es esto: Mejor Sin Cambiar Peor

Marque las áreas donde siente dolor y / o malestar - **Califique el dolor en cada área de 1-10: 1 = leve 10 = severo**

- ____ Cuello
- ____ Medios de espalda
- ____ Espalda baja
- ____ Hombro (izquierda / derecha)
- ____ Brazo (izquierda / derecha)
- ____ Codo (izquierda / derecha)
- ____ Muñeca (izquierda / derecha)
- ____ Mano (izquierda / derecha)
- ____ Cadera (izquierda / derecha)
- ____ Pierna (izquierda / derecha)
- ____ Rodilla (izquierda / derecha)
- ____ Tobillo (izquierda / derecha)
- ____ Pie (izquierda / derecha)

Por favor, marque la ubicación de su dolor usando los siguientes símbolos:

xxxx : dolor oooo : Estremecimiento - - - - : Adormecer



Por favor describa el tipo de dolor que tiene? (Encierra en un círculo todo lo que corresponda)

Dolor Disparo Ardiente Picazón Calambres Palpitante Puñalada Pulzante Apretado

Con qué frecuencia tienes este dolor? (Encierra en un círculo todo lo que corresponda)

Constante Intermitente Diario Cada cuantos días Semanal o menos Mensual o menos

Tiene alguno de los siguientes?

* Rigidez corporal / muscular	Si	No	Circulo que aplica: Templado Moderar Grave
* Dolor radiante? <i>Dolor que se dispara de una zona a otra</i>	Si	No	Describir: _____
* Alfileres y agujas o sensaciones de ardor?	Si	No	Describir: _____
* Debilidad muscular?	Si	No	Describir: _____
* Cualquier cambio en el intestino / vejiga?	Si	No	Describir: _____
* Aumento del dolor por toser o estornudar?	Si	No	Describir: _____

Qué empeora el dolor? (Encierra en un círculo todo lo que corresponda)

Cualquier/toda actividad Doblado Corriendo Alcanzando Levantando peso Caminar prolongado
Acostado/durmiendo Sentada prolongada De pie prolongado Cambiando posiciones Torcido / Rotación

Qué hace que el dolor mejore? (Encierra en un círculo todo lo que corresponda)

Descanso Movimiento Calor Terapia Elevación Medicación Cambiando posiciones Nada

TRATAMIENTO

Actualmente estás asistiendo a terapia? Si No Si sí donde? _____

Si no, cuándo dejó de terapia? _____ Ha ayudado la terapia? Si No

Qué tipo de terapia? (Encierra en un círculo todo lo que corresponda)

Quiropráctica Terapia física y/u ocupacional Acupuntura
Modalidades-Ultrasonido, Estilismo Eléctrico, Compresas Frío/Calor

Ha tenido algún tipo de inyecciones para este problema? Si No

Ayudaron las inyecciones? Si No

HISTORIAL MÉDICO

Tiene algún problema de salud anterior o actual, qué son? _____

Medicamentos que está tomando actualmente: _____

Alergias: _____

Historia quirúrgica: _____

Madre: Vivo fallecido Problemas de salud: _____

Padre: Vivo fallecido Problemas de salud: _____

HISTORIA SOCIAL

Fumas? Si No Cuánto? _____ Tu bebes? Si No Cuánto? _____

Eres zurdo o diestro? Zurdo Diestro Altura y peso: _____

Ocupación? _____

Has perdido el trabajo? Si No Cuanto tiempo? _____

ACUERDO DE NARCÓTICOS

El propósito de este recurso es proteger su acceso a sustancias controladas y proteger nuestra capacidad de recetarle.

El uso a largo plazo de tales sustancias, como los opioides (analgésicos narcóticos), los tranquilizantes de benzodiacepinas y los sedantes barbitúricos es controvertido debido a la incertidumbre con respecto a la medida en que proporcionan beneficios a largo plazo. También existe el riesgo de que se desarrolle un trastorno adictivo o que ocurra un receso. en una persona con una adicción previa. El alcance de este riesgo no es seguro.

Debido a que estas drogas tienen potencial de abuso o desviación, es necesaria una estricta responsabilidad cuando se prolonga su uso. Por esta razón, usted, el paciente, acepta las siguientes políticas, como consideración y condición de la voluntad del médico cuya firma aparece a continuación para considerar la prescripción inicial y / o continua de sustancias controladas para tratar su enfermedad crónica. dolor.

Yo, _____ entiendo:
(nombre del paciente impreso)

1. El uso excesivo de medicamentos narcóticos puede ocasionar serios riesgos para la salud.
2. No debe conducir ni operar maquinaria mientras esté tomando medicamentos narcóticos.
3. Todas las recetas deben ser surtidas en una (1) farmacia solamente y recetadas por un (1) médico solamente, esto incluye las recetas del departamento de emergencias.
4. Usted acepta una prueba de drogas en orina al azar.
5. Este medicamento se controlará estrictamente y TODOS los medicamentos se surtirán en la MISMA farmacia. La farmacia que he elegido está a continuación:

Pharmacia: _____ **Telefono:** _____

1. Las solicitudes de recarga anticipada no serán aceptadas y tomaré mi medicamento SOLO según lo recetado.
2. Soy responsable de HACER Y MANTENER las citas programadas. Entiendo que tendré que verme aproximadamente CADA mes mientras me recetan medicamentos narcóticos.
3. Entiendo que si no puedo cumplir con mis citas, no se volverán a llenar mis medicamentos.
4. Llamaré a la oficina **48-72 horas antes** de mi fecha de recarga. P # 844-733-3774
5. NO obtendré medicamentos narcóticos de ningún proveedor mientras obtenga medicamentos del Sherban Spine Institute / o asociados. Si se descubre que otros proveedores me recetan, el Dr. Sherban y / o sus asociados se reservan el derecho de suspender la prescripción de medicamentos y / o darme de alta.
6. Su receta o medicamentos NO SERÁN reemplazados si se pierden, destruyen, roban, mojan, extravían, etc. bajo ninguna circunstancia.
7. Notifíquenos de inmediato si queda embarazada.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Proveedor de cuidado de la salud: _____ Fecha: _____

*******FIRME ABAJO SOLO SI ACTUALMENTE ESTÁ EN LA GESTIÓN DEL DOLOR*******

SI YA ESTÁ EN EL MANEJO DEL DOLOR O ESTÁ RECIBIENDO MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR EN OTRA PARTE, FIRME A CONTINUACIÓN Y PROPORCIONE EL NOMBRE DEL DOCTOR Y EL NÚMERO DE TELÉFONO.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Manejo del dolor / Nombre del médico: _____ Telefono: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Entiendo que según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi PHI (información de salud protegida). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- *Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.*
- *Obtener el pago de terceros pagadores.*
- *Realice operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.*

He recibido, leído y entiendo su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso de prácticas privadas.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, entonces está obligado a cumplir dichas restricciones.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Sherban Spine Institute, P.A.

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA BAJO LA REGLA 164.508 DE HIPAA

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA

Por la presente autorizo a la siguiente práctica a divulgar la información médica indicada a continuación de los historial médico:

Sherban Spine Institute - 2842 SE Federal Hwy Stuart FL, 34994
Tele.: 844-733-3774 Fax: 833-743-7226

O:

Organización: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ A

Sherban Spine Institute - 2842 SE Federal Hwy Stuart FL, 34994
Tele.: 844-733-3774 Fax: 833-743-7226

O:

Organización: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

TIPO DE INFORMACIÓN:

Todas las anteriores

Pruebas de diagnóstico que incluyen resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, Informes de rayos X y resultados de laboratorio.

Otro: _____

Entiendo que la información descrita anteriormente puede ser revelada nuevamente por la persona o grupo al que le doy permiso a Sherban Spine Institute y sus representantes contractuales para compartir mi información, y que mi información ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad. Por lo tanto, libero a Sherban Spine Institute, a sus miembros de la fuerza laboral y a sus representantes contractuales de toda responsabilidad derivada de la divulgación de mi información de salud de conformidad con este acuerdo. Entiendo que puedo inspeccionar o solicitar copias de cualquier información divulgada por esta autorización si Sherban Spine Institute o sus representantes contractuales iniciaron esta solicitud de divulgación. Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando a Sherban Spine Institute a través de sus representantes contratistas, por escrito, sabiendo que la información divulgada previamente no estaría sujeta a mi solicitud de revocación. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Sherban Spine Institute, P.A.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre impreso:..... Fecha de nacimiento:.....

Muchos de nuestros pacientes permiten que miembros de la familia, como su cónyuge, padres u otros, llamen y soliciten información médica o de facturación. Según los requisitos de HIPPA, no podemos dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica o de facturación se divulgue a los miembros de su familia, debe firmar este formulario. Firmar este formulario solo dará información a los miembros de la familia indicados a continuación..

Autorizo a Sherban Spine Institute a divulgar mi información médica y / o de facturación a la siguiente persona (s):

1: _____ Relación con el paciente: _____

2: _____ Relación con el paciente: _____

3: _____ Relación con el paciente: _____

Información del paciente

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará.

Entiendo que la información divulgada a cualquier destinatario anterior ya no está protegida por la ley federal o estatal y puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario anterior.

Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Sherban Spine Institute, P.A.

CARTA DE PROTECCION

Nombre impreso: _____ Fecha: _____

Nombre del abogado: _____ Fecha de Lesion: _____

Por la presente, autorizo y le ordeno a usted, mi abogado, que pague directamente al Sherban Spine Institute, PA, las sumas adeudadas y que se les adeuden por los servicios médicos que me brindaron debido a las lesiones sufridas en la fecha anterior, así como mensualmente cargo por servicio en todas las sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que sea necesario para proteger adecuadamente Sherban Spine Institute, PA

Entiendo completamente que soy directa y totalmente responsable ante Sherban Spine Institute, P.A. para todas las facturas médicas y cargos por servicios presentados por dicho grupo por los servicios prestados a mí y que este acuerdo se realiza únicamente para Sherban Spine Institute, P.A. protección adicional y en consideración de su pago pendiente como se establece anteriormente. Además, entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dichos honorarios. El abajo firmante acuerda que él / ella será responsable de los honorarios de abogados y los costos incurridos para recuperar cualquier saldo adeudado. También entiendo que independientemente del seguro, Sherban Spine Institute, P.A. no reduce ni ajusta ninguno de sus cargos habituales y habituales, estén o no participando con un seguro de salud.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

El abajo firmante, que es el abogado registrado del paciente mencionado anteriormente, acepta cumplir con todos los términos anteriores y acepta retener tales sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto SIN IMPORTAR LA CANTIDAD DE COBERTURA DE SEGURO que sea necesario para proteger adecuadamente a Sherban Spine Instituto, PA Es política de la práctica no reducir los cargos habituales y razonables incurridos.

El abogado acuerda que antes del desembolso de cualquier producto del acuerdo, se comunicará con Sherban Spine Institute, P.A. para determinar los cargos totales y el saldo pendiente adeudado, y deberá proporcionar al menos 72 horas de aviso antes del desembolso, si el monto recuperado no es suficiente para cubrir el monto total de los cargos pendientes.

Firma del abogado: _____ Fecha: _____

POR FAVOR FECHA, FIRMA Y VUELVE UNA COPIA PARA SHERBAN SPINE INSTITUTET PARA SUS REGISTROS. UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO SE CONSIDERARÁ VÁLIDA COMO EL ORIGINAL.

Sherban Spine Institute

Phone: 1-844-733-3774

Fax: 1-844-752-8300

MEDICARE PRIVATE CONTRACT

This contract is entered into by and between Dr. Ross Sherban, D.O. (hereinafter "Physician"), whose principal medical office is located at 2842 Southeast Federal Highway, Stuart, Florida 34994, and _____ (hereinafter "Beneficiary"), who resides at _____, and shall become effective on this ____ day of _____, 20____, and shall expire two (2) years from the date of execution (the "opt out period"), unless otherwise renewed.

Physician Obligations

Physician has not been excluded from Medicare under sections 1128, 1156 or 1892 of the Social Security Act (NPI 1558892190).

Physician will retain the original contract for the duration of the opt-out period.

Physician will supply CMS with a copy of this contract upon request.

Physician understands that the current private contract remains in effect for two (2) years. If Physician again opts-out of Medicare, Physician will expediently complete a new contract for each Medicare beneficiary and will expediently submit the appropriate affidavit(s) to all local Medicare carriers.

Beneficiary Obligations

Beneficiary or my legal representative accepts full responsibility for payment of charges for all services furnished by Physician.

Beneficiary or my legal representative understands that Medicare limits do not apply to what Physician may charge for items or services furnished.

Beneficiary or my legal representative agrees not to submit a claim to Medicare or to ask Physician to submit a claim to Medicare.

Beneficiary or my legal representative understands that Medicare payment will not be made for any items or services furnished by Physician that would have otherwise been covered by Medicare if there was no private contract and a proper Medicare claim had been submitted.

Beneficiary or my representative enter into this contract with the knowledge that I have the right to obtain Medicare-covered items and services from a physician and/or practitioner who has not opted-out of Medicare, and I am not compelled to enter into private contracts that apply to other Medicare-covered services furnished by other physicians or practitioners who have not opted-out.

Beneficiary or my legal representative understand that Medigap plans do not, and that other supplemental plans may elect not to, make payments for items and services not paid for by Medicare.

This contract cannot be entered into by Beneficiary or my legal representative during a time when I, Beneficiary, require emergency care services or urgent care services. (However, a physician/practitioner may furnish emergency or urgent care services to a Medicare beneficiary in accordance with 3044.28 of the Medicare Carriers Manual.)

Beneficiary or my legal representative will receive or have received a copy of this contract, before items or services are furnished to me under the terms of this contract.

Provider's NPI: 1558892190

Provider's Specialty: Orthopaedic surgery of the spine

Provider's Signature: _____

Date: 01/25/2021

Patient's Signature: _____

Date: _____

Patient's Legal Representative Signature: _____

Date: _____

Witness Signature: _____

Date: _____

Contact Name: _____

Phone #: _____

Contact Email: _____

Sherban Spine Institute, P.A.

Instituto Sherban Spine, P.A. - Número de identificación fiscal 82-0919430

CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO, LIBERACIÓN. & DEMANDA

Aseguradora y paciente ¡Lea atentamente lo siguiente en su totalidad

Yo, el paciente / asegurado abajo firmante, a sabiendas, voluntaria e intencionalmente, asigno los derechos y beneficios de mi seguro de automóvil, a / k / a Protección contra lesiones personales (en adelante PIP), Motorista sin seguro y póliza de seguro de pagos médicos al proveedor de atención médica mencionado anteriormente. . Comprenda que es la intención del proveedor aceptar esta asignación de beneficios en lugar de exigir el pago en el momento en que se prestan los servicios. Comprenda que este documento le permitirá al proveedor presentar una demanda contra una aseguradora para el pago de los beneficios del seguro o una explicación de los beneficios y buscar 627.428 daños de la aseguradora. Si las facturas de los proveedores se aplican a un deducible, acepto que esto me sirva como un beneficio. Esta asignación de beneficios incluye el costo de transporte, medicamentos, suministros, intereses vencidos y cualquier reclamo potencial por derecho consuetudinario o manejo de reclamos injustos o de mala fe legal. Si la aseguradora disputa la validez de esta asignación de beneficios, se le indica a la aseguradora que notifique al proveedor por escrito dentro de los cinco días posteriores a la recepción de este documento. Si no se informa al proveedor, la aseguradora renunciará a impugnar la validez de este documento. . El abajo firmante ordena a la aseguradora que pague al proveedor de atención médica la cantidad máxima directamente sin ninguna reducción y sin incluir el nombre del paciente en el cheque. se declara nulo, rescindido o cancelado, yo, como el asegurado nombrado en virtud de dicha póliza de seguro, por la presente asigno el derecho a recibir las primas pagadas por mi seguro PIP a este proveedor y presentar una demanda para la recuperación de las primas. El asegurador debe emitir un cheque de reembolso pagadero solo a este proveedor. Si las facturas médicas no exceden la prima reembolsada, se le indica al proveedor que envíe por correo al paciente / asegurado nombrado un cheque que represente la diferencia entre las facturas médicas y las primas pagadas. El paciente acepta antes de que se brinden los servicios que los cargos de los proveedores por los servicios son razonables, habituales y habituales.

Disputas: El asegurador está dirigido por el proveedor y el suscrito a no emitir cheques o giros en la liquidación parcial de un reclamo que contenga o esté acompañado de un lenguaje que exima de responsabilidad al asegurador o su asegurado / paciente, a menos que haya habido un acuerdo previo por escrito acordado por el proveedor de salud (específicamente el gerente de la oficina) y el asegurador en cuanto al monto pagadero según la póliza de seguro. El asegurado y el proveedor impugnan y objetan cualquier reducción o pago parcial. Cualquier pago parcial o reducido, independientemente del idioma de acompañamiento, emitido por el asegurador y depositado por el proveedor se realizará bajo protesta, a riesgo del asegurador, y el depósito no se considerará una renuncia, acuerdo, satisfacción, alta. , acuerdo o acuerdo del proveedor para aceptar un monto reducido como pago total. El asegurador queda informado de que este proveedor se reserva el derecho de solicitar el monto total de las facturas presentadas. Si la aseguradora PIP declara que puede pagar reclamos al 200% de Medicare, entonces la aseguradora recibe instrucciones y se le indica que proporcione a este proveedor una copia de la póliza de seguro dentro de los 10 días. **Cualquier esfuerzo por parte de la aseguradora para pagar una deuda en disputa como satisfacción total debe enviarse por correo a la dirección anterior, después de hablar con el gerente de la oficina, y enviado por correo a la atención específica del administrador de la oficina. Vea Fla. Stat. §673.3111.**

EUO e IME: Si la aseguradora programa un examen de defensa o un examen bajo juramento (en adelante, EUO), se le ENCARGA al asegurador que envíe una copia de dicha notificación a este proveedor. El proveedor o el abogado de los proveedores están expresamente autorizados para comparecer en cualquier EUO o IME establecido por la aseguradora. El proveedor de atención médica no es el agente de la aseguradora ni el paciente para ningún propósito. Esta asignación se aplica a gastos médicos pasados y futuros y es válida incluso si no tiene fecha. Una fotocopia de esta tarea se considerará tan válida como la original. Estoy de acuerdo en pagar cualquier deducible aplicable, copagos, por servicios prestados después de que la póliza de seguro se agote y por cualquier otro servicio no relacionado con el accidente automovilístico. El proveedor de atención médica tiene el poder de: respaldar mi nombre en cualquier cheque de servicios prestados por el proveedor anterior y solicitar una copia de cualquier declaración o examen bajo juramento dado por el paciente

Consentimiento expreso y divulgación de información: Autorizo a este proveedor a: proporcionar a una aseguradora, un intermediario de aseguradoras, los otros proveedores médicos de pacientes y el abogado de pacientes y expertos contratados por correo, fax o correo electrónico, con toda la información que pueda estar contenida en los registros médicos; obtener información de cobertura de seguro (hoja de declaración y póliza de seguro) por escrito y por teléfono del asegurador; solicitar a cualquier aseguradora toda explicación de beneficios (EOB) para todos los proveedores y hojas de pago PIP no redactadas; obtener cualquier declaración escrita y verbal que el paciente o cualquier otra persona proporcionó a la aseguradora; obtener copias de todo el archivo de reclamo, el archivo de daños a la propiedad y todos los registros médicos, incluidos, entre otros, documentos, informes, escaneos, notas, facturas, opiniones, radiografías, IME y MRIs, de cualquier otro médico proveedor o cualquier asegurador. El proveedor puede presentar mis registros médicos a su abogado y expertos en relación con cualquier demanda pendiente. Los pacientes y otros proveedores médicos están autorizados a firmar declaraciones juradas y testificar para justificar la atención y el tratamiento de los pacientes. La aseguradora está dirigida a mantener los registros médicos de los pacientes de este proveedor privados y confidenciales. La aseguradora no está autorizada a proporcionar los registros médicos de los pacientes a ninguna persona sin los pacientes y los proveedores previa autorización expresa por escrito.

Demanda: Por la presente, se hace una demanda para que la aseguradora pague todas las facturas dentro de los 30 días sin reducciones y envíe por correo la última hoja de pago PIP no redactada y la hoja de declaración de cobertura de seguro al proveedor anterior dentro de los 15 días. El asegurador debe pagar las facturas en el orden en que se reciben. Sin embargo, si la aseguradora recibe una factura de este proveedor y un reclamo de otra persona el mismo día, se le indica a la aseguradora que no aplique esta factura de proveedores al deducible. Si el asegurador recibe una factura de este proveedor y un reclamo de cualquier otra persona el mismo día, se le indica al asegurador que pague a este proveedor primero antes de que se agote la póliza. En caso de que el asegurador impugne o reduzca las facturas médicas del proveedor por cualquier motivo o monto, el asegurador debe: reservar la cantidad total disputada o reducida; depositar el monto total en cuestión; y no pagar el monto en disputa a ninguna persona o entidad, incluido yo mismo, hasta que un tribunal resuelva la disputa. No agotar la política. El asegurador tiene instrucciones de informar, por escrito, al proveedor de cualquier disputa y cuando se agote la póliza.

Proceso de dar un título: Certifico que: He leído y acepto lo anterior; No me han solicitado ni prometido nada a cambio de recibir atención médica; No he recibido ninguna promesa o garantía de nadie en cuanto a los resultados que se pueden obtener por cualquier tratamiento o servicio; y acepto que los precios de los proveedores de servicios médicos, tratamiento y suministros son razonables, habituales y habituales..

Caution: Por favor, lea antes de firmar. Si no comprende completamente este documento, pídanos que se lo expliquemos. Si tu firme a continuación asumiremos que comprende y acepta lo anterior.

Nombre de Paciente: _____ Firma de Paciente _____
(Por favor imprimir) (Si el paciente es menor, firma del padre / tutor)

Fecha _____ 5/5/17

Sherban Spine Institute, P.A.



OFFICE OF INSURANCE REGULATION
Bureau of Property & Casualty Forms and Rates

Standard Disclosure and Acknowledgement Form Personal Injury Protection - Initial Treatment or Service Provided

The undersigned insured person (or guardian of such person) affirms:

1. The services or treatment set forth below were **actually rendered**. This means that those services have **already been provided**.

EVALUATION + TREATMENT

2. I have the right and the **duty to confirm** that the services have already been provided.
3. I was **not solicited** by any person to seek any services from the medical provider of the services described above.
4. The medical provider has **explained** the services to me for which payment is being claimed.
5. If I notify the insurer in writing of a billing error, I may be entitled to a portion of any reduction in the amounts paid by my motor vehicle insurer. If entitled, my share would be at least 20% of the amount of the reduction, up to \$500.

Insured Person (patient receiving treatment or services) or Guardian of Insured Person:

Name (PRINT or TYPE)

Signature

Date

The undersigned licensed medical professional or medical director, if applicable, affirms the statement numbered 1 above and also:

- A. I have **not solicited** or caused the insured person, who was involved in a motor vehicle accident, to be solicited to make a claim for Personal Injury Protection benefits.
- B. The treatment or services rendered were explained to the insured person, or his or her guardian, **sufficiently** for that person to sign this form with informed consent.
- C. The accompanying statement or bill is **properly completed** in all material provisions and all relevant information has been provided therein. This means that each request for information has been responded to **truthfully, accurately**, and in a **substantially complete** manner.
- D. The coding of procedures on the accompanying statement or bill is proper. This means that **no service has been upcoded, unbundled**, or constitutes an invalid **or not medically necessary diagnostic test** as defined by Section 627.732(14) and (15), Florida Statutes or Section 627.736(5)(b)6, Florida Statutes.

Licensed Medical Professional Rendering Treatment/Services or Medical Director, if applicable (Signature by his/ her own hand):

Dr. Ross Sherban

Name (PRINT or TYPE)

Signature

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of Claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree per Section 817.234(1)(b), Florida Statutes.

Note: The **original** of this form must be furnished to the insurer pursuant to Section 627.736(4)(b), Florida Statutes and may **not** be electronically furnished. Failure to furnish this form may result in non-payment of the claim.